



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL

**2º Encontro Luso-Brasileiro
de História da Medicina Tropical**



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL
Vol. 16, 2016, 1-208; ISSN 0303-7762

Doenças endêmicas e epidêmicas em Lourenço Marques no início do Século XX: processos de controlo versus desenvolvimento urbano

Endemic and epidemic diseases in Lourenço Marques in the early 20th Century: forms of control versus urban development

Ana Cristina Roque

Doutorada em História da Expansão e dos Descobrimentos
CH-ULisboa, Centro de História da Universidade de Lisboa, Faculdade de Letras da
Universidade de Lisboa
anaroque1@campus.ul.pt

Resumo

No início do século XX, Lourenço Marques surgia como auspiciosa metrópole na África Austral, sendo a ligação ao Transvaal apontada como principal responsável pelo seu desenvolvimento. Ali se misturavam gentes de todas as origens e ofícios tornando urgente a implementação de estruturas urbanas e políticas de saúde pública que respondessem às necessidades decorrentes deste surto populacional.

No século XIX, as dificuldades na implementação dos Serviços de Saúde tinham evidenciado as consequências deste crescimento, dando origem a reformas e medidas que, não raro, se revelaram insuficientes ou inadequadas às condições tropicais.

Doenças endêmicas e epidêmicas encontravam em Lourenço Marques um meio propício à sua proliferação e, no início de 1900, procuraram-se e testaram-se estratégias de combate às principais doenças que implicaram o investimento no reforço de medidas preventivas e num número significativo de obras públicas e saneamento. Porém, frequentemente, mais do que atuar na profilaxia destas doenças, relegaram-nas para a periferia, acentuando dicotomias e desigualdades.

Utilizando documentação da Direção dos Serviços de Saúde e da Direção de Obras Públicas este artigo examina a eficácia e os resultados dessas medidas, designadamente no referente à assistência médica ao indígena, no âmbito da medicina tropical e da implantação do sistema colonial em Moçambique.

Palavras Chave:

Doença, políticas de saúde pública, desenvolvimento urbano, política colonial, Moçambique.

Abstract

In the early 20th century, Lourenço Marques emerged as a promising metropolis in southern Africa being the relation with the Transvaal pointed as the main responsible for its development. Therein mingled people of all backgrounds and crafts making imperative to implement urban structures and public health policies to respond the needs arising from this population outbreak.

In the 19th century, the difficulties in implementing the Health Services had shown the main consequences of this growth, leading to reforms and legislation that often proved to be inadequate or inappropriate to tropical conditions.

Endemic and epidemic diseases found in Lourenço Marques favorable conditions to their proliferation and, as early as 1900, different strategies were considered and tested to combat major diseases. These strategies involved investment in preventive measures and public and sanitation works but, most times, rather than acting in a prophylactic way, they contribute to relegate diseases to the city's periphery, accentuating dichotomies and social inequality.

Using the documents of the Health Services and the Public Works Services, this article address the effectiveness and results of these measures, particularly with regard to the indigenous medical care, in the scope of Tropical Medicine and the implementation of the colonial system in Mozambique.

Key Words:

Disease, public health policy, urban development, colonial policy, Mozambique.

Introdução

Nos últimos anos, a relação saúde/ambiente tem vindo a ganhar protagonismo no quadro dos principais temas em discussão na agenda da Agência Europeia do Ambiente [1]. Este tema, que começou por me parecer marginal a uma pesquisa mais centrada na relação entre a medicina tradicional e a biomedicina, acabou por emergir naturalmente, tanto pela própria natureza dos saberes tradicionais e das práticas fitoterapêuticas que envolve a relação entre estas duas “medicinas”, como pela complexidade inerente à análise da implementação dos Serviços de Saúde em Moçambique, na viragem do século XIX. E, efetivamente, quando equacionada na perspetiva da relação saúde/ambiente, a implementação destes Serviços coloca-nos todo um conjunto de questões do domínio da articulação entre saúde/doença/crescimento urbano/ambiente, mas, sobretudo, da forma como cada um destes aspetos condicionou a ação destes Serviços, interferiu na eficácia dos mesmos e determinou políticas específicas que, sob a designação de políticas sanitárias, serviram também para corporizar medidas de segregação social.

Não é por acaso que, sem especificar o binómio saúde/ambiente, os poucos estudos que têm sido feitos sobre os Serviços de Saúde sublinham a subordinação destes serviços aos objetivos de domínio do território e das populações que caracteriza o sistema colonial, e a sua ação como um dos principais veículos da atuação deste sistema [2 e 3]. Suficientes serão as posições expressas nos textos de Serrão de Azevedo [4] ou de Oliveira e Sousa [5] para defender esta hipótese. Ambos expressaram, de forma clara e inequívoca, a componente de segregação social das medidas propostas por estes serviços, sendo particularmente evidentes no que respeita à criação de bairros para indígenas nos subúrbios de Lourenço Marques, no início do século XX.

O primeiro, José de Oliveira Serrão de Azevedo - Chefe do Serviço de Saúde de Moçambique e membro da Comissão de Melhoramentos Sanitários da Cidade de Lourenço Marques em 1908 - propôs, defendeu e justificou a proibição dos indígenas viverem na cidade, porque “A acumulação em que vivem os pretos (...) em casas que são verdadeiros antros, com os hábitos de imundice que os caracterizam, constitui um dos mais poderosos elementos de insalubridade urbana e é um perigo permanente sob o ponto de vista do alastramento de qualquer epidemia”[4].

Já o segundo, Oliveira e Sousa - vogal da Comissão de Melhoramentos Sanitários da Cidade de Lourenço Marques em 1908 -, subscreeveu a criação de bairros indígenas na periferia da cidade, por estes poderem permitir “uma mais fácil vigilância, tanto pelo lado administrativo, como sob o ponto de vista sanitário”, acrescentando ainda que o ideal seria mesmo concentrá-los num único bairro pois “a vigilância será tanto mais proveitosa quanto menor for o número desses bairros” [5].

Mais do que qualquer outro fator, o africano surgia como sendo “o problema”, “a fonte de doença” que se tornava imperioso identificar, circunscrever, combater, neutralizar e dominar. Evitar qualquer contato que pudesse pôr em perigo a saúde e o bem-estar do colono, impunha-se como indispensável ao

exercício do domínio europeu sobre o espaço africano.

A relação é óbvia mas não exclui a necessidade de uma abordagem mais abrangente em que, por exemplo, se considerem, por um lado, as políticas de saúde pública e saneamento inerentes ao crescimento urbano e desenvolvimento científico de finais do século XIX (que obviamente não são exclusivas do contexto colonial) e, por outro, como é que estas políticas se articularam com esse mesmo contexto e assumiram particularidades que as identificam como políticas coloniais.

Fontes e metodologia

Uma análise exaustiva desta temática envolve um sem número de questões que não será possível abordar aqui e que merecem tratamento, em sede própria, no quadro dos estudos coloniais. Contudo, para qualquer dos trabalhos que venha a ser desenvolvido neste domínio, há um conjunto de medidas e práticas específicas, expressas na atuação dos vários serviços da administração colonial, que simultaneamente resultam e suportam esta relação entre desenvolvimento e saneamento urbanos/melhoria da saúde pública, que transparece na documentação produzida e nos parece merecedora de particular atenção.

De entre esta documentação destacam-se os Relatórios e Boletins (mensais e anuais) produzidos pelos chefes do Serviço de Saúde e do das Obras Públicas, publicados no Boletim Oficial do Governo-Geral da Província de Moçambique (desde 1865 que a publicação passou a ser obrigatória no Boletim). Porém, muitos documentos destes dois serviços persistem ainda em arquivo, designadamente no Arquivo Histórico Ultramarino (AHU), e a sua análise pode contribuir para uma melhor compreensão das medidas propostas não só no âmbito da política colonial como no da relação saúde/ambiente.

Nesta perspetiva, tendo por base a documentação de arquivo ou publicada, produzida pelos Serviços de Saúde e pelos Serviços de Obras Públicas de Moçambique na viragem do século XIX, pretende-se apresentar e refletir sobre algumas dessas medidas designadamente as que foram implementadas pelos Serviços de Saúde em Lourenço Marques no domínio da assistência ao indígena, e no contexto específico da medicina tropical e da implantação do colonialismo em Moçambique.

Lourenço Marques na viragem do século XIX: desenvolvimento urbano e questões higiénico-sanitárias

No início do século XX, e em conformidade com um processo de urbanização da colónia que remonta ao início do segundo quartel do século XIX, Lourenço Marques apresentava-se como uma promissora metrópole na África Austral, sendo a ligação ao Transval apontada como principal responsável pelo desenvolvimento e crescimento do porto e da cidade. Nela se misturavam gentes de todas as origens e ofícios, residentes ou de passagem,

tornando urgente a implementação de estruturas, em particular no domínio da saúde e obras públicas, que dessem resposta às necessidades decorrentes deste surto populacional. Na capital da colónia replicavam-se agora as situações verificadas em Lisboa e no Porto quando, em meados do século XIX e na perspectiva de melhores condições de vida, estes dois centros urbanos se tornaram polos de atração para quem procurava trabalho, tornando evidente a necessidade de alterações estruturais e a tomada de medidas específicas que dessem resposta aos problemas decorrentes deste acréscimo de população [6].

Habitação, alimentação e saúde, condições de higiene, salubridade e segurança dos locais de trabalho e habitações, a higiene dos produtos alimentares ou a qualidade da água tornaram-se uma preocupação e impuseram-se como áreas de intervenção fundamental assistindo-se, a partir de meados do século, não só à criação e/ou reorganização de organismos governamentais que refletiam estas preocupações (Ministério das Obras Públicas, Comércio e Indústria - 1852; Junta Consultiva de Saúde Pública - 1868, Direção Geral de Saúde e Beneficência Pública - 1899), como à elaboração de legislação específica. Legislação essa que definia e regulamentava as diferentes ações no sentido da melhoria das condições de vida e trabalho das populações, tanto nos centros urbanos como nos locais de trabalho e, em particular, dos estabelecimentos industriais (Regulamento de Saúde Pública - 1837; Código Penal - 1852 - que, pela primeira vez criminaliza os atos que diretamente prejudicam a saúde; regulamentos sobre a salubridade das instalações industriais - 1855 - e das edificações urbanas - 1902; e a reforma da organização dos serviços de saúde, higiene beneficência pública - 1899).

As preocupações higiénico-sanitárias ganhavam manifesta relevância no quadro da política de saúde em Portugal e, quase em simultâneo, refletiram-se nas colónias com a publicação, em 1860, do Regulamento Geral do Serviço de Saúde das Províncias Ultramarinas e de regulamentos mais específicos como seja, por exemplo, o Regulamento Geral de Sanidade Marítima, aprovado por Decreto de 21 de janeiro de 1897 e publicado pela Imprensa Nacional em 1900.

No que respeita a Moçambique, apesar do primeiro Regulamento do Serviço de Saúde da Província remontar a 1844 [7] e a formação de uma Companhia de Saúde datar de janeiro de 1875, será a construção de um hospital em Lourenço Marques, em 1878 [8 e 9], que marca efetivamente o início da elaboração e implementação de um conjunto de medidas sanitárias que acompanharam as reformas administrativas na

colónia, designadamente a transferência da capital para Lourenço Marques em 1898. Ano em que se procedeu igualmente à regulamentação dos Serviços de Saúde, em conformidade com a Carta de lei de 28 de maio de 1896, pela qual estes se regeram até que o Decreto n.º 5:727, de 10 de maio de 1919, veio modificar a orgânica dos serviços de saúde coloniais.

Neste contexto, entre o último quartel do século XIX e as primeiras décadas do século XX, Lourenço Marques testemunhou um crescimento económico, urbano e populacional que impôs medidas específicas no domínio da saúde, obras públicas e saneamento com resultados visíveis em termos estruturais e na própria imagem da cidade. Ainda que, muitas vezes, essas medidas se tenham revelado insuficientes ou até mesmo inadequadas, certo é que houve vontade, interesse e algum investimento no sentido de transformar o vilarejo insalubre do início do século XIX na metrópole cosmopolita das primeiras décadas do século XX.

Reputada pelos ares doentios e febres endémicas, mas reconhecida e apreciada pelo excelente porto e a facilidade de ligação às minas do Rand, a urbe cresceu, encaixada entre o mar e o pântano, mau grado a falta de infraestruturas e as ameaças à saúde pública; sendo que, neste contexto, a chegada da primeira expedição de Obras Públicas, em 1877, testemunha a intenção de organizar e controlar esse crescimento.

Urbanização, saneamento e saúde pública

Chefiada por Joaquim José Machado (1847-1925), a equipa das Obras Públicas concentrou a sua ação em dois eixos fundamentais. Por um lado, as obras de drenagem do pântano, de construção de diques para a contenção das águas e de um primeiro sistema de esgotos para a parte baixa da cidade; por outro, a elaboração de um plano de urbanização, conduzindo a expansão do núcleo urbano para as áreas mais altas



Fig. 1: Projeto de ampliação da Cidade de Lourenço Marques. Major António José Araújo, 1887. Direção Geral das Obras Públicas [9]

e arejadas, de acordo com um traçado reticular que partia do núcleo primitivo e o enquadrava. Apostava-se na eliminação do pântano e da sua má influência, mas, ainda assim, projetava-se a cidade nova para longe das suas imediações. A grelha prenunciada abarcaria áreas residenciais, áreas comerciais e de serviços, hospital, quartéis, jardins (...); um núcleo pensado como “cidade branca”, prevendo que a população indígena ficaria confinada a áreas pré-definidas, e que se afirma como estruturante no primeiro projeto de ampliação de Lourenço Marques [10] apresentado em 1887 (fig.1).

Este projeto, da responsabilidade da Direção de Obras Públicas e sob coordenação do Major António Araújo, será o primeiro de uma série de planos de urbanização da cidade que culminarão nos anos 50 com o Plano de Urbanização de Lourenço Marques (1955), da responsabilidade do Gabinete de Urbanização Colonial e com base nos levantamentos de João António de Aguiar (1906-?), evidenciando a ampliação estruturada da malha urbana delineada no século XIX, segundo o “padrão característico da época da cidade-jardim” [11], e a persistência de uma mesma lógica de segregação e exclusão social que ganha expressão física, nas primeiras décadas do século XX, com a construção do primeiro bairro indígena da cidade, o Bairro Indígena de Xipamanine [12].

Porém, à margem de quaisquer planos pré-definidos ou políticas de gestão urbana e sanitária previstas, a cidade teimou em crescer numa lógica de ocupação de espaços periféricos, onde se concentraram a maioria dos trabalhadores, indígenas ou não. Espaços contíguos à urbe mas excêntricos aos planos de melhoramento sanitários de que esta beneficiaria e, no início do século XX, Lourenço Marques “tendo-se desenvolvido materialmente a um ponto que só testemunhas presenciais podem compreender, descurara inteiramente a saúde dos seus habitantes” [13].

No início da última década do século XIX, Lourenço Marques contava com uma população de cerca de 2300 habitantes, de entre os quais menos de 1000 europeus [14], que, no entanto, em 1900 já eram 3319 e em 1904, 4711 [15]. Repartida entre os bairros abastados da cidade alta, na Ponta Vermelha, e os bairros da periferia, no Mahé e ao longo da estrada para Marracuene ou para a Matola, onde se aglomeravam indígenas, asiáticos e muitos trabalhadores europeus que sobreviviam com salários miseráveis e em condições que se diziam de “barbaridade higiénica” [13], toda esta população convivia na cidade velha, na baixa junto à baía, onde os serviços, o comércio, o porto e os caminhos-de-ferro constituíam o centro da vida económica da cidade e da colónia.

Aqui, coexistiam casas de alvenaria com construções de pau a pique e barracas de madeira e chapa de zinco; o “mato crescia a olhos vistos nas orlas das ruas mais frequentadas e a sua deciccação [sic] constituí(a) matéria orgânica em decomposição, atenta à elevada temperatura (...) e às chuvas torrenciais” [13] sazonais que transformam as ruas de areia e terra batida em charcos, onde se andava então enterrado até aos tornozelos; o sistema de esgotos era incipiente, a recolha do lixo (ruas e

casas), que devia ser assegurada por carroças municipais, acabava quase sempre por ser feita em baldes e barris carregados “às costas de pretos” que os lançavam ao mar ou no pântano. O processo era de tal modo moroso e anti-higiénico que muitos eram os que abriam covas, junto às habitações, para se vazar lixo comum, dejetos humanos e mesmo animais mortos. A água era cara, imprópria para beber, “inquinada de matérias estranhas” [17] e propícia ao desenvolvimento de culturas microbianas; os produtos alimentares atingiam preços exorbitantes, o gado era morto nos quintais e pátios e os mortos enterravam-se junto às habitações.

De acordo com o relatório de 1903, Moçambique seria “a primeira colónia portuguesa que tem gente abastada e também rica, e ao lado dela míseros, com habitações que oferecem todas as escalas do bem estar e da higiene, desde o palacete até à espelunca (variedade de edifícios... a que chamam quartos)” [17] e Lourenço Marques “a cidade onde se come bem e onde se passa fome (que) assenta em areia e tem já a mais muito pó, bastante porcária, água impura e em pequena quantidade, bom líquido para culturas microbianas; onde enfim, diz-se hoje, se vive bem mas se não morre de velhice” [17].

Doenças endémicas e epidémicas encontravam assim em Lourenço Marques um meio propício à sua proliferação. Às habituais vagas mais ou menos sazonais das febres palustres e doenças respiratórias e gastrointestinais, juntavam-se facilmente a disenteria, a tuberculose e a sífilis, de presença constante e controlo difícil, e ainda a ténia e a lepra o que, em conjunto, constituíam razões mais do que suficientes para o estado sanitário “pouco satisfatório” da cidade e do distrito de que se dava conta em quase todos os relatórios do Serviço de Saúde. Porém, estas não eram o único flagelo com que os habitantes de Lourenço Marques tinham de lutar. E só entre 1890 e 1908, a cidade (e por extensão o distrito) foi ainda palco de 4 epidemias de varíola (1890, 1898, 1902, 1907), 2 de sarampo (1898, 1905), 1 de peste bovina (1897), 4 de peste (1899, 1901, 1902, 1907), 1 de cólera (1899) 2 de beri-beri (1901, 1902), 1 de dengue (1902), 1 de febre-tifoide (1903), 2 de meningite cérebro-espinhal epidémica 1903 e 1908) e 1 de difteria (1908) a que se juntaram situações pontuais de agravamento de tuberculose (1901 e 1902) e da malária (1907), tendo sido afetada praticamente toda a população, indistintamente da raça, sexo ou idade (tab. 1).

A virulência de umas e a endemia de outras potenciou contágios, despoletou reações e suscitou preocupações que, ao longo deste período, se materializaram em medidas higiénico-sanitárias concretas, de entre as quais, a construção do matadouro e do cemitério municipal, o projeto de regulamento sanitário da cidade e de reorganização do regulamento de sanidade marítima, a aprovação das medidas de combate a varíola e as instruções específicas para sua aplicação, a publicação e divulgação de medidas a adotar contra a peste ou ainda a regulamentação da profilaxia antipalustre da cidade (tab.2)

Decorrendo em boa parte da aprovação do Regulamento dos Serviços Sanitários da Província (Decreto de 10 de agosto de 1907)

ANO	DOENÇAS ENDÉMICAS							DOENÇAS EPIDÉMICAS										
	Febres palustres (malária)	Doenças respiratórias	Tuberculose	Disenteria	Sífilis	Lepra	Ténia	Difteria	Cólera	Varíola	Varicela	Sarampo	Peste bovina	Peste	Beri-beri	Dengue	Febre tifoide	Meningite cérebro-espal
1890	x	x	x	x	x	x	x			x								
1891	x	x	x	x	x	x	x											
1892	x	x	x	x	x	x	x											
1893	x	x	x	x	x	x	x											
1894	x	x	x	x	x	x	x											
1895	x	x	x	x	x	x	x											
1896	x	x	x	x	x	x	x											
1897	x	x	x	x	x	x	x						x					
1898	x	x	x	x	x	x	x			x		x		x				
1899	x	x	x	x	x	x	x		x					x				
1900	x	x	x	x	x	x	x											
1901	x	x	x	x	x	x	x							x	x			
1902	x	x	x	x	x	x	x			x					x	x		
1903	x	x	x	x	x	x	x							x			x	x
1904	x	x	x	x	x	x	x					x						
1905	x	x	x	x	x	x	x											
1906	x	x	x	x	x	x	x											
1907	x	x	x	x	x	x	x			x				x				
1908	x	x	x	x	x	x		x		x	x	x						x

Tabela 1 - Lourenço Marques (cidade e distrito): informação sobre ocorrência de doenças endémicas e epidémicas entre 1890 e 1908.

Síntese de informação segundo os Relatórios dos Serviços de Saúde de Lourenço Marques 1890-1908

ANO	LOURENÇO MARQUES MEDIDAS HIGIENICO-SANITÁRIAS	ANO	LOURENÇO MARQUES MEDIDAS HIGIENICO-SANITÁRIAS
1890	Construção do Matadouro Municipal	1903	Construção do Mercado Municipal
1891	Construção do Cemitério Municipal	1906	Aprovação das normas relativas à salubridade dos terrenos e prédios urbanos
1893	Projeto de regulamento sanitário da cidade	1907	Regulamentação da profilaxia antipalustre da cidade
1898	Criação de uma polícia sanitária de inspeção domiciliária	1907	Regulamentação da assistência médica ao indígena
1901	Projeto de reorganização do regulamento de sanidade marítima	1907	Proposta de criação de bairros para indígenas e proibição destes habitarem na cidade
1901	Elaboração, aprovação e implementação das medidas a adotar no combate à varíola	1907	Regulamento sanitário da cidade
1902	Divulgação dos procedimentos a adotar no combate à varíola	1908	Abertura do novo hospital de Lourenço Marques
1902	Divulgação dos procedimentos a adotar no combate à peste		

Tabela 2 - Lourenço Marques (cidade e distrito): síntese da informação sobre principais medidas higiénico-sanitárias na viragem do século XIX [4]

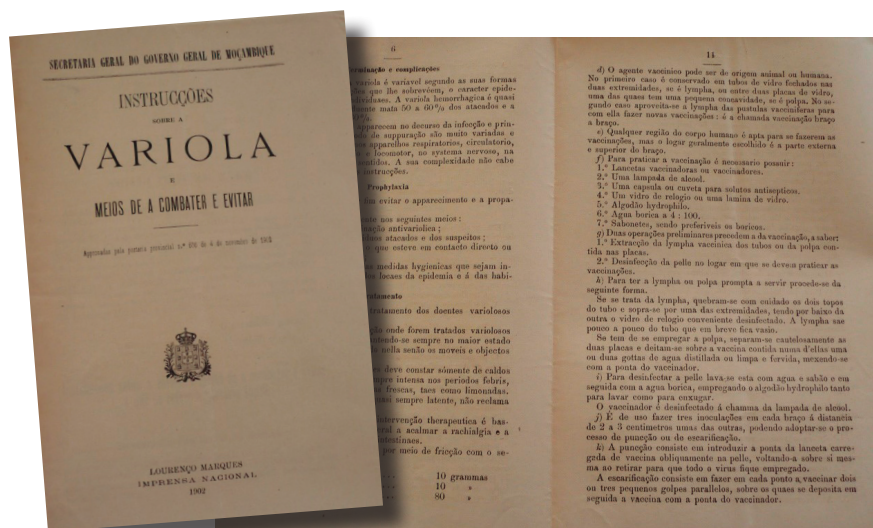


Fig. 2: Instruções sobre a varíola e meios de a combater e evitar. Lourenço Marques, 1902

o conjunto destas medidas veio reforçar as que habitualmente eram tomadas à medida que a cidade se confrontava com surtos pontuais de doenças que obrigavam a quarentenas, ao isolamento dos potenciais doentes e a desinfestações, e complementou-se com campanhas de vacinação em larga escala, sobretudo a partir de 1907, e uma maior regularidade das visitas sanitárias, da responsabilidade do delegado de saúde ou do seu representante, na tentativa de debelar o que se considerava serem os maiores flagelos: a varíola e a peste, que afetavam maioritariamente os africanos, e a malária, que dizimava os europeus.

As duas primeiras, contagiosas, impunham o isolamento e comungavam dos mesmos preceitos higiénico-sanitários. Em 1898, criou-se uma polícia sanitária de inspeção domiciliária para remover doentes para os pavilhões de isolamento, pôr de quarentena potenciais infetados, queimar as habitações depois de removidos os habitantes, determinar alterações ou demolir as restantes habitações, referenciar locais de enterramento de anteriores infetados, proceder à desinfestação de toda a área potencialmente contaminada e, no caso da varíola, proceder

obrigatoriamente a vacinações.

Em 1898, não havendo ainda enfermaria para variolosos em Lourenço Marques, repartiram-se os infetados entre o lazareto provisório da Ilha da Xefina e uma moradia isolada, num espaço ajardinado que viria mais tarde a integrar o Jardim Municipal Vasco da Gama [28], e só 8 meses depois de declarada a epidemia foi possível abrir uma enfermaria para variolosos, na cidade, apesar de esta ser também utilizada para isolar outras situações suspeitas de contágio [16].

No caso da peste, os doentes foram confinados aos lazaretos criados fora da cidade, na Ilha dos Elefantes e, sobretudo em Magude, onde desde 1899 estavam montadas meia dúzia de barracas de madeira e capim que constituíam os dois primeiros lazaretos (um terrestre e um fluvial) do distrito

[18]; Nenhum destes lazaretos foi evacuado durante este período tendo as suas instalações, falhas de quaisquer condições higiénico-sanitárias, servido em simultâneo para acolher leprosos e doentes infetados de varíola e peste, e só a ameaça de um surto de “peste sul-africana”, em 1901, levou a Junta de Saúde a tomar medidas higiénico-sanitárias adicionais, de natureza preventiva, extensivas a toda a cidade e, por isso, com maior impacto na saúde pública [19].

Estas medidas (tab. 3) contemplavam inspeções sanitárias e intervenções nos locais de trabalho, habitações e espaços públicos ou de uso comum. Impunham obrigações de limpeza e preceitos de higiene, definiam e apartavam espaços de trabalho e de habitação [20], prevendo desde logo a imposição de sanções por desrespeito ou incumprimento [21]. Porém, e apesar das eventuais sanções em que se podia incorrer, muito dificilmente estas medidas seriam cumpridas pelas famílias pobres de africanos, asiáticos e mesmo europeus que, com salários miseráveis, se amontoavam nos bairros periféricos da cidade, sem quaisquer condições de higiene e habitabilidade [22].

LOURENÇO MARQUES: JUNTA DE SAÚDE, 1901	
MEDIDAS HIGIÉNICO-SANITÁRIAS ADICIONAIS	
Obrigações de despejar os armazéns, limpá-los com ácido sulfuroso, caíá-los e providenciar ao seu arejamento antes de armazenar cereais ou outros produtos	
Proibição dos armazéns servirem de dormitório aos empregados	
Obrigações de cair internamente as habitações e demolir todas as palhotas e barracas sem condições de habitabilidade	
Obrigações de limpeza de cisternas, tanques e reservatórios de água, terraços, pátios e quintais, queimando todos os detritos vegetais e animais e eliminando todas os equipamentos, géneros e condições, designadamente charcos e concentrações de águas paradas, que pudessem ser prejudiciais à saúde	
Investigação das condições de cada habitação “em harmonia com espaço cientificamente necessário a cada indivíduo” - 14m ³ / pessoa - reprovando as que não obedecessem a esses requisitos ou indicando as obras e transformações possíveis nesse sentido	
Imposição de sanções por desrespeito ou incumprimento (multa, prisão, proibição de habitar na cidade...)	

Tabela 3 - Lourenço Marques: principais medidas adicionais aprovadas e implementadas pela Junta de Saúde em 1901

Porque consideradas práticas indispensáveis à melhoria das condições de vida e saúde da população e não exclusivas do combate à peste, estas medidas reaparecerão como providências a tomar para debelar os surtos de varíola [21], sendo postas em vigor pela Portaria Provincial nº650 de 4 de novembro de 1901 e publicadas em folheto explicativo, editado pela Imprensa Nacional de Lourenço Marques, em 1902 (fig. 2), para ser distribuído por todas as sedes de distrito e de prelazia [23].

Anos mais tarde, serão também incorporadas no Regulamento de prophyllaxia anti-palustre da cidade, aprovado e posto em execução em 1907 [24], como indispensáveis à criação de um ambiente saudável e adverso à proliferação de mosquitos, para o que se referiam ainda outras recomendações que, apontando para uma proteção adicional, incluíam desde a utilização de redes mosquiteiras nas camas, janelas e portas, à abolição de reposteiros no interior das habitações e de trepadeiras fora delas, ou ainda à “petrolagem das estagnações das águas”, acumuladas em quintais, baixas e sargetas de ruas [25] que não pudessem ser eliminadas.

Não sendo uma doença de contágio direto, o isolamento do doente era recomendado pois sabendo-se que “os mosquitos infetam-se sugando o sangue dos doentes impaludados... (era) de toda a vantagem isolar estes doentes em quartos protegidos ou por meio de mosquiteiros” [25], para que estes se mantivessem fora do ciclo de transmissão. Porém, pretendia-se que a tónica fosse posta na erradicação das situações que propiciavam condições favoráveis ao aparecimento e disseminação da doença; sendo particularmente relevante o investimento no saneamento dos terrenos pantanosos e alagadiços.

As estratégias de combate a estas doenças assentavam assim num conjunto de preceitos e procedimentos base, comuns, que beneficiariam tanto do investimento no reforço de medidas preventivas, como num número significativo de obras públicas que, por princípio, a todos favoreceria. Por isso se esperava o envolvimento direto da população, também ela responsabilizada pela falta de higiene e limpeza da cidade, o que facilmente se depreende das conclusões de um dos trabalhos do Instituto Médico de Lourenço Marques onde se sublinha que “não era o pântano a única causa, embora fosse a principal, do número elevado de impaludados; haveria que atribuir culpas também à falta de drenagem das águas da parte alta e da parte baixa da cidade, à falta de canalização das águas e... haveria igualmente que atribuir culpas ao desleixo e à falta de higiene de muitos dos habitantes da cidade” [26], não deixando margem para dúvidas que o pântano não era o único responsável pela insalubridade da cidade e pelos surtos recorrentes de febres palúdicas [25].

Serviços de Saúde e de Obras Públicas pareciam assim em sintonia no que tocava a políticas de saúde pública e urbanização embora, no balanço dessa sintonia, se identificasse facilmente a população indígena e asiática como causa maior das doenças, e a população branca o alvo preferencial das medidas preventivas e principal beneficiária destas, e na generalidade das de saneamento e obras públicas da cidade.

O plano de António José Araújo (fig. 1) indicia claramente esta

situação quando propunha e identificava já uma área a destinar ao bairro indígena e, neste contexto, as medidas tomadas no sentido do combate das principais doenças concretizaram, de forma inequívoca, essa ideia de segregação e exclusão social que lhe estava implícita.

Mau grado a cooperação internacional com outros especialistas [27], os progressos científicos que viabilizavam a eficácia das vacinas e os novos meios de diagnóstico e tratamento, sobretudo no caso da malária, que refletiam os avanços significativos no campo da saúde pública, a maioria das ações propostas e implementadas pelos Serviços de Saúde em Lourenço Marques, mais do que atuar eficazmente na profilaxia das doenças, relegou-as para a periferia da cidade, onde nenhuma intervenção foi feita no sentido de dotar essas áreas de condições de higiene e saneamento.

No início do século XX, os subúrbios de Lourenço Marques em crescimento constituíam-se como repositórios das situações que se queriam erradicar da cidade em prol da saúde pública e do bem-estar dos moradores. Acentuava-se a dicotomia cidade de cimento / cidade de caniço, traduzida em formas de tratamento diferenciadas, que impunham e justificavam a segregação do indígena porque, independentemente de todos os fatores que contribuíam para o estado de saúde “deficitário” ou “pouco satisfatório” da cidade, ele - o indígena - era considerado o principal fator de doença e primeiro responsável pela insalubridade da cidade e, muito particularmente, da propagação da malária.

Veja-se, por exemplo, a ata da reunião da Junta de Saúde de Lourenço Marques, em maio de 1912 onde se lê que “...a presença do indígena dentro dos centros de população europeia constitui um perigo, por serem reservatórios de vírus, especialmente do vírus malárico, e que tem levado os higienistas a aconselharem a remoção dos bairros indígenas para pontos afastados das populações europeias, pois qualquer tentativa de profilaxia anti-palustre seria infrutífera em quanto se conservassem junto d’essas populações taes focos de infeção...” [29], ou o Art. 10º do já referido regulamento da profilaxia anti palúdica onde se explicita que “os brancos não devem dormir no mesmo local com os pretos, porque estes atraem os mosquitos mais do que aqueles, e será de toda a vantagem que nas casas dos brancos não haja alojamento para pretos” [23]. Ambos os textos em consonância com as propostas concretas dos responsáveis pelo Serviço de Saúde da cidade, designadamente no que respeita à construção de bairros indígenas exclusivamente para pretos, onde apenas se permitiria a construção de palhotas ou de barracas de madeira e zinco iguais às que se demoliam e não eram permitidas na cidade, sendo proibidas todas as edificações em alvenaria “para que as mesmas pudessem ser facilmente destruídas, e sem grandes prejuízos, quando disso houvesse uma imperiosa necessidade” [23].

É esta atitude que perpassa a documentação oficial e os exemplos aqui utilizados testemunham claramente que esta articulação doença/saúde/crescimento urbano teve um papel determinante na forma particular de atuação dos Serviços de Saúde em Lourenço Marques, no início do século XX, evidenciando o carácter colonial dos seus objetivos, ao imporem

padrões de saneamento que visavam não a melhoria das condições de vida das populações, mas das condições de vida da população branca, no pressuposto da exclusão e segregação social da população indígena, principal agente de insalubridade e causa de doença.

Considerações finais

Efetivamente, na capital da colônia, na primeira década do século XX, procuraram-se, testaram-se e regulamentaram-se estratégias de combate às principais doenças endêmicas e epidêmicas que implicaram o investimento no reforço de medidas preventivas e num número significativo de obras públicas e saneamento.

Porém, se as medidas adotadas foram conformes às praticadas na Europa e beneficiaram do conhecimento sobre as mais recentes investigações no domínio da medicina e da saúde pública demonstrando a sua importância e eficácia, os métodos revelaram-se sobretudo como vetores preferenciais de práticas e comportamentos coloniais, sendo impossível falar, por exemplo, de qualquer melhoria das condições de vida e de assistência à população indígena neste período. Esta, por razões de higiene, foi

proibida de viver na cidade e relegada para subúrbios insalubres, onde a assistência prestada se resumia a “raids” periódicos da polícia sanitária para vacinações compulsivas e, a profilaxia, à procura de eventuais focos de doenças entre os indígenas que pudessem escapar às autoridades sanitárias, mas que, em bairro circunscrito e afastado, se poderiam facilmente controlar, em última instância, interditando a área e queimando todas as habitações.

No início do século XX, os responsáveis pelos Serviços de Saúde, são perentórios: o objetivo “é limpar a cidade de habitações insalubres e habitantes imundos. Mais tarde se providenciará sobre a regularização (dos subúrbios) (...) Por agora, o que se pretende é mandar viver para fora da cidade os indígenas e os asiáticos que aqui habitam”[21].

Neste contexto, torna-se particularmente difícil avaliar a oportunidade e eficácia das medidas higiénico-sanitárias propostas independentemente dos métodos utilizados e das consequências da sua aplicação.

Agradecimentos

FCT- Projeto UID/HIS/04311/2013

Bibliografia

1. Agência Europeia do Ambiente. <http://www.eea.europa.eu/pt/themes/human>.
2. Shapiro MF (1983). Medicine in the service of colonialism: Medical care in Portuguese Africa (1885-1974). PhD Thesis – University of California, Los Angeles.
3. Dube F (2009). Colonialism, cross-border movements and epidemiology: a history of health in the Manica Region of Central Mozambique and Eastern Zimbabwe and the African response (1890-1980). Tese de Doutoramento – University of Iowa.
4. Carta do Chefe de Serviço de Saúde, José Oliveira Serrão de Azevedo, para o Chefe de Estado Maior de Lourenço Marques, 1907. AHU, 1528 DGU 5ª Repartição Moçambique.
5. Comissão de Melhoramentos Sanitários da Cidade de Lourenço Marques - Acta de 25 de Fevereiro de 1907. In: Relatório do Serviço de Saúde de 1907, Boletim Oficial, 1907:269
6. Cosme J (2006). As Preocupações Higiéno-Sanitárias em Portugal (2ª metade do século XIX e princípios do século XX). In: Revista da Faculdade de Letras HISTÓRIA, III (7):181-195.
7. Decreto de 14 de Setembro. AHU-Moçambique, Ofícios 1847.
8. O Hospital de Lourenço Marques. In: O Ocidente, 1881 (4-95): 100-101
9. Roque AC (2013). As histórias que ficaram por contar: Saúde, crescimento urbano e ambiente em Moçambique, no final do século XIX. In: Roque AC e E. Rodrigues E (coordenação). Atas do Congresso Internacional Saber Tropical em Moçambique: História, Memória e Ciência, Lisboa, IICT-JBT, 24-26 de outubro de 2012. IICT, Lisboa. Ed. Digital. CDRom ISBN 978-989-742-006-1.
10. Morais J (2001). Maputo: Património da estrutura e forma urbana. Topologia do lugar. Livros Horizonte, Lisboa, Portugal.
11. Fernandes JM (s/d). Moçambique. In: Património de Influência Portuguesa. FCG, Lisboa, Portugal. Consultado em 23 de março de 2016. In: <http://www.hpip.org/Default/pt/Conteudos/Contextos/AfricaSubsaariana/Mocambique>
12. Direcção Geral do Planeamento e Ordenamento Territorial (DINAPOT) e Ministério para a Coordenação da Acção Ambiental (MICOA), (2006), Moçambique. Melhoramento dos Assentamentos Informais, Análise da Situação e Proposta de Estratégias de Intervenção. Consultado em 23 de março de 2016. In: http://www.sarpn.org/documents/d0002452/Mozambique_cities_slums_2006_Portuguese.pdf
13. Relatório do Serviço de Saúde do Distrito de Lourenço Marques referido ao ano de 1897, elaborado por Aurélio Galhardo Barreiros, facultativo de 1ª classe, Delegado de Saúde de Lourenço Marques. AHU 1514, Direcção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde.
14. Soeiro A de FG (1893). Estudo do Saneamento da Cidade de Lourenço Marques. In: Revista de Obras Públicas e Minas, Lisboa, 25 (1984): 558-606.
15. Relatório anual da Província de Moçambique – Anno de 1904. Lourenço Marques.
16. Boletim Sanitário do Hospital Militar e Civil de Lourenço Marques – Anno 1899, mês de Março. Elaborado pelo Delegado de Saúde Alberto de Vasconcelos, facultativo de 1ª classe. AHU, 1514 DGU 5ª Repartição Moçambique (1897).
17. Relatório anual da Província de Moçambique – Anno de 1903. Lourenço Marques, Portugal.
18. Cópia do Relatório feito por António Maria Soveral, Alferes médico do Serviço de Saúde de Moçambique acerca do seu serviço na Manhiça e de um caso de peste atenuada no período de 25 de Outubro de 1902 a 3 de Dezembro de 1902. Lourenço Marques, 30 de Dezembro de 1902. AHU, 1516 DGU 5ª Repartição Moçambique (1902).
19. Boletim Sanitário de Moçambique - Anno de 1901, mês de Abril. Elaborado por José de Oliveira Serrão, Chefe do Serviço de Saúde. AHU, 1508 DGU 5ª Repartição Moçambique (1901-1902).
20. Cópia da Ata da 3ª sessão da reunião da Junta de Saúde de Lourenço Marques, anexa ao Boletim Sanitário de Moçambique - Anno de 1901, mês de Abril. Elaborado por José de Oliveira Serrão de Azevedo, Chefe do Serviço de Saúde. AHU, 1508 DGU 5ª Repartição Moçambique (1901-1902).
21. Boletim Sanitário da Província de Moçambique - Anno de 1907, mês de Março. Elaborado por José de Oliveira Serrão de Azevedo, Chefe do Serviço de Saúde. AHU, 1528 DGU 5ª Repartição Moçambique (1907).
22. Boletim Sanitário de Moçambique - Anno de 1901, mês de Maio. Elaborado por José de Oliveira Serrão de Azevedo, Chefe do Serviço de Saúde. AHU, 1508 DGU 5ª Repartição Moçambique (1901-1902).
23. Relatório do Serviço de Saúde da Província – Anno de 1903, mês de Novembro. Elaborado por José de Oliveira Serrão de Azevedo, Chefe do Serviço de Saúde. AHU, 1524 DGU 5ª Repartição Moçambique (1902-1903).
24. Regulamento de prophylaxia anti-palustre da cidade de Lourenço Marques, aprovado por Portaria de 4 de Fevereiro de 1907. In: Relatório do Serviço de Saúde da Província de Moçambique, elaborado pelo Chefe do Serviço de Saúde, José de Oliveira Serrão de Azevedo. Lourenço Marques, 30 de Setembro de 1908. Lourenço Marques, 1908:106-108.
25. Azevedo JOS de (1908) Prophylaxia antipalustre em Lourenço Marques e Campanhas anti-malárias. Parte I. Archivos de Hygiene e Pathologia Exoticas, III, fasc 1º, Imprensa Nacional, Lisboa, 1910:19-42.
26. Instituto Médico de Lourenço Marques (1936). Algumas palavras sobre a profilaxia do paludismo na cidade de Lourenço Marques. Africa Médica, II: 321-330.
27. Boletim Sanitário de Lourenço Marques – Anno de 1899, mês de Junho. AHU, 1513 DGU 5ª Repartição Moçambique 1877 (Moçambique 1L).
28. Boletim Sanitário de Lourenço Marques – Anno de 1898, mês de Junho. AHU, 1509 DGU, 5ª Repartição Moçambique (1894-1898).
29. Cópia da Ata da 42ª sessão da reunião da Junta de Saúde de Lourenço Marques – Sessão ordinária de 17 de Maio de 1912. Anexa ao Boletim Sanitário de Lourenço Marques – Anno de 1912, mês de Maio. AHU, 1527 MU DGC 8ª Repartição Moçambique – Serviço de Saúde (1911-1912).